

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

204

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel HENRAT

Né le 4 Août 1912, à Pont-Faverger (Marne).

Présentée et soutenue publiquement le 25 JUIN 1943 19

LES
TROUBLES FONCTIONNELS
DU PHARYNX
OU FAUSSES PHARYNGITES

ESSAI DE PATHOGÉNIE
ET DE THÉRAPEUTIQUE

Président : M DUVOIR, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : HENRAT.

Prénom : Daniel.

Date de soutenance : _____

Numéro d'ordre : _____

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

HENRAT (Daniel). — Les troubles fonctionnels du pharynx ou fausses pharyngites. Essai de Pathogénie et de Thérapeutique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 87 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

HENRAT (Daniel). — Les troubles fonctionnels du pharynx ou fausses pharyngites. Essai de Pathogénie et de Thérapeutique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 87 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

HENRAT (Daniel). — Les troubles fonctionnels du pharynx ou fausses pharyngites. Essai de Pathogénie et de Thérapeutique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 87 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

HENRAT (Daniel). — Les troubles fonctionnels du pharynx ou fausses pharyngites. Essai de Pathogénie et de Thérapeutique. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 87 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel HENRAT

Né le 4 Août 1912, à Pont-Faverger (Marne).

Présentée et soutenue publiquement le 19

LES
TROUBLES FONCTIONNELS
DU PHARYNX
OU FAUSSES PHARYNGITES

ESSAI DE PATHOGÉNIE
ET DE THÉRAPEUTIQUE

Président : M DUVOIR, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1943



LE DOYEN..... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	PORTES.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LOEPER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SENEQUE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	DONZELOT.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance Médico-sociale	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	N... ..	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	RENARD	Ophtalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	N... ..	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SOULIE	Pathologie médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANIN	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
LAROCHE Guy		D'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON ARRIERE-GRAND-PERE
ET DE MON ARRIERE-GRAND-ONCLE
TOUS DEUX MEDECINS

*De qui je tiens sans doute « ma
vocation médicale ».*

A LA MEMOIRE DE MON PERE
« MORT POUR LA FRANCE »

*Dont la vie toute de droiture et
de courage doit être pour moi le
meilleur exemple.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE

A MES MAITRES DU COLLEGE SAINT-JOSEPH
DE REIMS

*Qui par la formation qu'ils nous
donnèrent nous permirent d'accéder
aux « études médicales ».*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR

Professeur de Médecine légale
Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a fait le grand honneur
de présider la soutenance de notre
thèse.*

*Qu'il nous soit permis de le re-
mercier de ses leçons dont nous
espérons tirer le plus grand profit.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DELATTRE

Oto-rhino laryngologiste des Hôpitaux de Reims

*A qui nous devons le sujet de
cette thèse qu'il a inspirée et diri-
gée, dont les conseils et les ensei-
gnements nous ont été si précieux
pendant les trois années que nous
avons passées dans son service, qui
nous a appris à acquérir une for-
mation et une manière de penser
toute personnelle.*

*Nous le prions de bien vouloir
trouver ici l'expression de notre
vive gratitude et de notre respec-
tueux attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait entrevoir toute
la difficulté de l'étude des maladies
mentales et qui a essayé de nous
faire « comprendre le malade ».*

A MONSIEUR LE DOCTEUR François THIEBAUT

Assistant des Hôpitaux de Paris

*« Mon capitaine » pendant cette
guerre; il m'a toujours montré le
chemin du devoir et de l'abnéga-
tion.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE REIMS

MONSIEUR LE PROFESSEUR Henri LARDENNOIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Professeur de Clinique chirurgicale

à l'Ecole de Médecine de Reims

Qui nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance pendant les deux années passées dans son service et dont l'affectueuse sollicitude à notre égard ne s'est jamais démentie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUINET

Professeur de Clinique médicale

à l'Ecole de Médecine de Reims

Qui a guidé nos premiers pas à l'hôpital et dont nous avons toujours admiré la grande douceur envers les malades.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAILLIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux de Reims

*Qui nous apprit « à observer »
et dont l'immense érudition et les
remarques si judicieuses nous rem-
plissaient toujours d'admiration.*

MONSIEUR LE DOCTEUR MORANGE

Médecin honoraire des Hôpitaux de Reims

*Dont la rapidité et la sûreté du
diagnostic et du traitement nous
ont si souvent émerveillés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEDOUX

Chirurgien des Hôpitaux de Reims

*Dont la bienveillante sollicitude
et les soins éclairés ne nous ont
jamais manqués les nombreuses
fois où nous avons eu recours à
lui.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE REIMS

Parasitologie :

MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN, directeur de l'Ecole.

Anatomie :

MONSIEUR LE DOCTEUR LANDRY.

Chimie médicale :

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUILLAUD.

Physiologie :

MONSIEUR LE DOCTEUR QUINQUAUD

Bactériologie :

MONSIEUR LE DOCTEUR MAGROU.

Médecine expérimentale :

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANQUET.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

Médecine expérimentale :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Justin BESANÇON.

Parasitologie :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUMPT.

Anatomie pathologique :

MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSER.

Obstétrique :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL.

Pathologie interne :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY.

Pathologie externe :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SICARD.

Thérapeutique :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE.

Médecine légale et Psychiâtrie :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ Jean DELAY.

Clinique médicale :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Henri BENARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOREAU.

Clinique chirurgicale :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FUNCK-BRENTANO.

Clinique obstétricale :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIGONNET.

MONSIEUR LE DOCTEUR CLEISZ.

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE
ET PSYCHIATRIE
ET DE L'INSTITUT D'HYGIENE INDUSTRIELLE

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE CRIMINOLOGIE

EXPOSE

Au début d'une étude ne portant que sur des troubles fonctionnels, peut-être serait-il opportun d'en préciser d'abord le sens.

Qu'est-ce donc qu'un trouble fonctionnel ?

Le Professeur ABRAMI en donne une remarquable définition dans sa magistrale leçon d'ouverture du cours de Pathologie médicale sur les troubles fonctionnels en Pathologie :

« C'est un phénomène pathologique intéressant une fonction quelconque de l'économie qu'aucune lésion de l'organe siège de cette fonction ne légitime, et c'est l'un des principaux attributs du trouble fonctionnel, n'étant pas subordonné à une lésion organique, de pouvoir disparaître rapidement et complètement. » Et le Professeur ABRAMI poursuit d'ailleurs, s'adressant à ceux qui pourraient douter de l'intérêt d'une telle étude : « J'espère montrer qu'il s'agit là d'une question des plus importantes dont la solution intéresse non seulement la conception que nous devons nous faire des troubles morbides mais nos procédés d'examen des malades et nos méthodes de traitement.

» Plus de la moitié des affections dont souffrent les humains sont purement fonctionnelles, c'est-à-dire n'ont aucun fondement lésionnel; elles ne sont pour cela ni imaginaires, ni pithiatiques, mais produites par le dérèglement d'un des innombrables mécanismes nerveux, glandulaires ou circulatoires qui maintiennent en équilibre le fonctionnement si complexe de notre organisme; elles se manifestent à l'envie dans tous les domaines ».

Et il continue encore : « Que sont-ils, en somme, ces troubles fonctionnels ?

» Ce sont essentiellement des troubles nerveux : contractures musculaires, spasmes artériels, troubles vasomoteurs, troubles sécrétoires, troubles tensionnels. C'est à cela, presque toujours, qu'ils se résument. Que l'incitation en soit centrale comme dans les états psycho-émotionnels, qu'elle provienne par un réflexe long d'un organe éloigné ou par un de ces réflexes courts que la physiologie récente nous apprend à connaître de l'organe en cause lui-même, qu'elle naisse d'un des multiples dérèglements des divers métabolismes, le résultat est identique.

Etudier les troubles fonctionnels, c'est étudier surtout l'influence prépondérante des actions nerveuses dans l'économie. »

Ce que nous entendons par troubles fonctionnels étant ainsi précisé, l'idée de ce travail nous a été suggé-

rée par notre Maître le Docteur DELATTRE, qui, après avoir examiné un très grand nombre de malades, s'est rendu compte que ce qu'on appelait pharyngite chronique était une maladie rare, mais que par contre on rencontrait toute une série de troubles pharyngés très fréquents chez des malades qui ne présentaient aucune lésion, aucune altération de la muqueuse susceptible d'expliquer les malaises de toute sorte siégeant au niveau du carrefour aéro-digestif.

Nous avons vu, avec notre Maître, beaucoup de malades ayant des douleurs du pharynx par crises, par périodes ou d'une façon continue, qui nous ont vivement frappés parce qu'un médecin non prévenu aurait pu les considérer comme atteints de *pharyngite chronique*, alors qu'après un examen sérieux constatant l'intégrité du pharynx, on arrivait par l'observation patiente du sujet à acquérir la conviction qu'il s'agissait de diathésiques, d'intolérants, d'allergiques, de malades souffrant de troubles vagosympathiques ou d'intoxiqués.

Il est bien évident que lorsque M. B... vient nous dire que depuis trois semaines « *il souffre de la gorge* », qu' « *il a de la difficulté à déglutir* », lorsque nous trouvons un pharynx normal, nous ne pouvons conclure à *une pharyngite*, mais si nous poursuivons l'examen et l'interrogatoire, il nous apprend qu'il a de temps en temps *des douleurs articulaires, des algies variées* quant au siège et à l'intensité, qu'il fait parfois

de l'urticaire ou de l'eczéma; il nous dit aussi que *son pharynx est douloureux parce que le temps a changé et est devenu froid et humide*. Eh bien ! que conclure de cela ?

Sinon que nous sommes en présence d'une algie pharyngée déterminée par le froid agissant comme réactogène. Dans tout cela il y a le terrain, l'instabilité humorale, le moderne arthritisme qui n'est que la traduction de l'instabilité humorale ou colloïdale. La douleur de ce malade est assimilable à une crise d'asthme, à de l'urticaire ou à de l'eczéma.

Après ces propos liminaires, entrons dans le vif du sujet. Nous ne présenterons pas au cours de cet essai de multiples observations, comme on a coutume de le faire, mais nous ferons défiler des types de malades qui se reproduisent à l'infini, illustrant mieux notre thèse que quelques observations même judicieusement choisies qui pourraient figurer au début d'une étude comme celle-ci.

Il semble bien, et c'est l'avis de notre Maître, qu'à la lueur de nos connaissances actuelles sur les glandes endocrines, le système neurovégétatif, les phénomènes de choc, d'intolérance, l'allergie, etc., tout ce qu'il est convenu d'appeler pharyngite chronique soit dans une certaine mesure à réviser.

On n'a pas une pharyngite chronique parce qu'on se plaint de son pharynx, parce que celui-ci est douloureux, sec ou trop humide, car il ne s'agit là que de

troubles fonctionnels. Pour affirmer la pharyngite chronique, il faut appuyer son diagnostic sur des lésions anatomiques. Or, quand on examine le pharynx d'une multitude de malades qui viennent à vous avec ce diagnostic médical, le plus souvent on ne trouve rien, aucune altération de la muqueuse, aucune lésion anatomique.

Dans ces conditions, force est bien d'admettre qu'il n'y a pas de pharyngite chronique au sens médical ou si l'on veut spécial du mot; est-ce à dire qu'il n'y a rien et que le plus souvent le mal n'existe que dans l'imagination du sujet ?

Non ! Les maux de ces malades sont bien réels mais il faut savoir les interpréter pour les comprendre et les traiter. Or, ce n'est certainement pas en regardant la cavité pharyngée que l'on trouvera la solution du problème : elle est ailleurs, bien loin dans les humeurs, au sein du système nerveux végétatif, du côté des glandes endocrines. Pensons aux chocs, à l'instabilité des colloïdes, aux effractions de la barrière gastro-intestinale par certains poisons non éliminés ou par certaines albumines incomplètement transformées, source d'auto-intoxication ; n'oublions pas que l'être humain baigné par le milieu intérieur est aussi soumis aux influences météorologiques, cosmiques ou telluriques.

En agissant ainsi, nous pénétrerons ou nous tenterons de pénétrer le mécanisme intime de ce qui nous a échappé jusqu'ici.

En somme, le pharynx comme le poumon, la peau, les bronches, la muqueuse nasale, le système nerveux, l'intestin, peut présenter toute une série de troubles fonctionnels dont l'expression variera à l'infini. D'autre part, chaque sujet les colorera d'une manière toute personnelle, surtout s'ils évoluent sur un terrain névropathique, mais nous insistons beaucoup sur ce fait qu'à part quelques obsédés psychopathes dont les troubles sont purement psychiques, tous les malaises que nous rencontrons sont bien réels. Ils vont de la simple gêne à l'algie, en passant par toute une gamme de sensations désagréables : prurit, chatouillement, sensations de brûlure ou de froid, de gorge sablée ou poivrée, de contraction ou d'étouffement, d'obstruction, de dysphagie, de corps étranger, de mucosités encombrant le fond de la gorge, dont le malade éprouve le besoin de se débarrasser par une petite toux ou par des râclages, des hémhages qui ne le soulagent qu'un instant ou, au contraire, impression de ne pas sentir quand il avale, d'avoir sur la muqueuse une plaque qui intercepte les sensations tactiles et la rend insensible, impression de muqueuse anesthésiée ou encore multitude d'autres sensations défiant toute description.

Nous en avons assez dit pour la présentation de notre sujet, le cadre en est bien délimité ainsi que son objet. Il faut maintenant, pour expliquer ces troubles, aborder cette redoutable question du terrain, des humeurs; nous devons aussi pénétrer dans le domaine

du sympathique et du parasympathique et dans celui des glandes à sécrétion interne.

Quelques sujets souffrant de leur gorge, qui accusent des algies véritables s'accompagnant de toux spasmodique, peuvent avoir une *névralgie du glosso-pharyngien*, peut-être de la névrite dont la cause sera à rechercher. Souvent ces malades ont de la toux auriculaire témoignant de l'hyperesthésie du pneumogastrique.

Beaucoup de malades qui viennent se plaindre de sensations de gêne, de constriction au niveau de leur gorge, sont certainement atteints de *dystonie neurovégétative*, qui est elle-même souvent le fait d'un *dérèglement glandulaire*, comme ceux qui accusent des sensations d'ardeur, de brûlure dans le fond de la bouche. Les tests vont nous permettre de reconnaître ces dystonies neurovégétatives.

D'autres appartiennent à la catégorie des *intolérants*, des *colloïdoclasiques*, des *allergiques*. Ce sont ceux qui présentent des idiosyncrasies, leur chatouillement, leur gorge sablée est l'équivalent d'une migraine, d'un eczéma, d'une fluxion articulaire ou d'une entérocólite.

Chez d'autres, il faudra admettre des phénomènes de sensibilisation tissulaire locale réveillée par certains réactogènes. Dans quelques cas on aura affaire à des phénomènes de spasmophilie déterminés par des trou-

bles de la calcémie qui donneront ces sensations de contracture et de spasme.

Certains, dont les incidents paraissent déterminés par les changements de température, le froid ou l'humidité, qui accusent pendant des semaines une sensation douloureuse à la déglutition, ou ont des mucosités fort gênantes du fait de l'hypersensibilité de leur muqueuse, sont des *météorolabiles*. Ces sujets sont particulièrement sensibles à certaines influences cosmiques ou telluriques, aux variations d'hygrométrie, d'ionisation, de température, de pression, déterminant toute une série de troubles du mécanisme des automatismes régulateurs. Ils ne peuvent vivre dans une atmosphère humide sans que leur pharynx devienne sécrétant, alors qu'il n'y a pas la moindre trace d'inflammation.

D'autres encore, qui accusent de véritables douleurs au niveau du pharynx se propageant aux régions voisines, des myalgies, sont des *rhumatisants* dont les algies se localisent tantôt ici, tantôt ailleurs.

Certaines douleurs pharyngées survenant par crises et s'accompagnant de catarrhe ne sont qu'une manifestation de *diathèse exsudative* qui s'apparente si étroitement à l'arthritisme qu'elle n'en est qu'une forme. En d'autres cas, on peut admettre la manifestation locale d'un choc agissant par perturbation vasomotrice sur une région sensibilisée. On est en droit de parler d'intolérance acquise ou innée, ou si l'on veut d'hyper-

sensibilité, de sensibilisation ou d'allergie; l'allergie étant une sorte de mélange d'immunité et de sensibilisation, un état particulier de la région qui réagit d'une façon spéciale vis-à-vis de certains réactogènes.

Le catarrhe apparaissant sur une muqueuse hyperesthésiée, hypersensible, est souvent le fait d'une véritable élimination à travers la muqueuse de poisons résultant d'*auto-intoxication* d'origine intestinale ou d'origine endogène « focal-infection » due à un foyer amygdalien, à une appendicite, à une salpingite chronique, poisons non détruits par le foie, par suite d'insuffisance hépatique.

Nous admettons donc volontiers que la plupart des algies pharyngées sont le fait d'une *intoxication d'origine arthritique*, agissant sur le système nerveux du pharynx qui se trouve sensibilisé ou adultéré.

Enfin, nous ne devons pas oublier les *terreins syphilitiques et tuberculeux* qui ont pour effet, quoique atteignant tous les organes, de sensibiliser particulièrement les muqueuses (BEZANÇON).

Enfin, nous avons vu l'exercice prolongé de la parole du fait de la profession, déterminer un catarrhe gênant non infectieux et fort douloureux dû à la sensibilité de la muqueuse.

QUELQUES TYPES DE MALADES

Après cet exposé, voyons quelques types de malades qui se présentent habituellement à nous.

Nous avons vu des sujets qui ne pouvaient découvrir leurs bras et leur cou sans qu'apparaissent des douleurs pharyngées, de l'enrouement, des phénomènes de catarrhe, et cet état persiste tant que les parties sensibilisées au froid ne retrouvent pas leur protection habituelle. Nous pourrions multiplier les exemples tout à fait démonstratifs de ces troubles fonctionnels à localisation pharyngée : citerons-nous ce jeune homme vigoureux et bien portant qui ne peut avoir les cheveux mouillés par la moindre pluie sans éprouver une ou deux heures après une sensation de gorge gonflée, une certaine dysphagie non douloureuse d'abord, puis peu à peu urticante « *comme s'il avait un paquet d'épines* » dans le cavum, régressant immédiatement s'il se sèche et se met au chaud, ou au contraire s'exagérant et finissant par un violent catarrhe oculaire et nasal qui dure quarante-huit heures s'il n'y remédie pas.

Rappellerons-nous l'histoire de cet homme de cinquante ans ayant eu des coliques hépatiques dans son adolescence, qui éprouve presque continuellement une sensation de prurit au fond de la gorge survenant sous des influences variées : courant d'air, poussières respirées, fumée de tabac, changement de temps, qui ressent constamment le besoin de hemmer pour rejeter une mucosité qui ne vient pas, qui n'est amélioré que par la vie au grand air. N'est-ce pas une intoxication héréditaire qui lui a été transmise par ses parents, puisque sa mère est rhumatisante, percluse de douleurs de toutes sortes : articulaires, musculaires, qu'elle fait par périodes du prurit ou de l'eczéma, des manifestations d'urticaire à la moindre intoxication alimentaire, qu'elle est constipée chronique et variqueuse : terrain qu'il a transmis à ses enfants puisque l'un d'eux a fait un eczéma qui a duré plusieurs années et n'a cédé que pour laisser la place à des crises d'asthme.

Parlerons-nous de cette jeune fille dont la mère est migraineuse et le père hépatique, qui « *se plaint de la gorge* » depuis deux mois, « *sensation de gêne indéfinissable* », dit-elle. J'apprends que cette gêne est survenue depuis qu'elle a pris de l'hémostyl. Dès l'absorption de la seconde ampoule sont apparus : urticaire, douleurs dans les membres, fatigue, tendance syncopale. Ce cas n'est-il pas tout à fait démonstratif ?

Ne s'agit-il pas, en effet, de phénomènes d'intolérance qui, au niveau du pharynx, se manifestent uni-

quement par une sensation de gêne sans altération anatomique visible ?

Cette jeune fille « *sent son pharynx* » dont la sensibilité a été modifiée par un choc.

Et cette femme de trente-cinq ans environ qui vient consulter pour une sensation « *comme si elle ne pouvait pas respirer* », qui dit que « *l'air ne passe pas dans sa gorge* », dont l'examen pharyngé est absolument négatif et qui avoue, au cours de l'interrogatoire, que lorsque cette impression disparaît, elle éprouve une douleur frontale localisée à l'hémi-crâne droit, juste au-dessus de l'œil, semblant transpercer la tête et irradiant en arrière vers la nuque ! La migraine cesse-t-elle ?

Elle a alors des crises d'asthme qui bientôt sont remplacées par un état nauséux s'accompagnant de malaises, sueurs froides rendant la vie insupportable, jusqu'à ce que surviennent les règles pendant lesquelles enfin elle est tranquille, pour voir reparaître ces troubles pharyngés ou autres dès que celles-ci sont terminées. Le facteur endocrinien n'apparaît-il pas très nettement dans ce cas ?

Cette autre jeune fille, institutrice, ne peut parler sans être enrouée, sa gorge est facilement douloureuse. L'examen montre une intégrité absolue du pharynx et du larynx, mais elle présente du dermatographisme. Mieux que cela, le seul fait de tracer avec l'ongle un

trait sur son cou fait apparaître une ligne ortiée, rouge, due à une irritabilité vasomotrice, œdème interstitiel d'origine mécanique qui reste à expliquer. Ne nous étonnons pas que son pharynx soit sensible, il est vraisemblable que le fait de surmener le jeu du pharynx détermine un trouble vasomoteur générateur de douleur et de dysphonie. Là encore on ne peut parler de pharyngite vraie.

Ce monsieur de soixante ans, arthritique, fait de l'emphysème; il nous apprend que lorsque son emphysème cesse, il a des troubles intestinaux ou de l'urticaire qui cède bientôt la place au mal de gorge, que lorsqu'il n'éprouve aucun de ces troubles, il a une sensation de fatigue cérébrale, d'abrutissement, étant alors incapable de faire la moindre opération intellectuelle, phénomènes d'intolérance variables qui se traduisent de temps en temps au milieu d'autres par des troubles fonctionnels du pharynx.

Mlle D... a trente ans, elle est très sensible aux changements de température, elle a des douleurs articulaires fréquentes, elle souffre souvent de la gorge sans qu'on note la moindre altération anatomique à ce niveau. Diathèse de sensibilisation, aucune différence de pathogénie entre la douleur articulaire et les manifestations du côté de la gorge.

Enfin, nous pourrions présenter M. T..., congestif, pléthorique, gros mangeur, qui se plaint de gêne et de

mucosités dans l'arrière-gorge. Il est bien évident que dans ce cas particulier nous avons affaire à un arthritique dont le pharynx est probablement sensible parce qu'il est imprégné de toxines qu'il cherche à éliminer par des sécrétions plus ou moins épaisses et gênantes.

En effet, à la base de toutes ces sensations anormales, de tous ces prurits, de tous ces catarrhes non infectieux du pharynx, il y a un terrain, un tempérament particulier. Certes, il est assez difficile de le définir exactement, il est le résultat de facteurs multiples influençant un organisme qui a, du fait de sa constitution même, une tendance à réagir dans un certain sens.

Mais qu'est-ce que cette constitution ?

Si l'on veut bien nous le permettre, nous dirons qu'il s'agit le plus souvent d'instabilité humorale, mais qu'est-ce qui détermine cette instabilité et quelle est-elle ?

C'est là qu'il faut faire intervenir tous les facteurs qui influencent le terrain. L'individu n'est pas isolé dans le monde extérieur et subit son influence de toutes les manières.

Le terrain est peut-être la manière particulière de réagir à tous les facteurs intérieurs et extérieurs.

ESSAI DE PATHOGENIE

Une première catégorie de malades sur laquelle nous ne nous arrêterons pas longtemps est formée de ces *psychopathes dont les malaises sont purement imaginatifs*, ils sont d'ailleurs très rares. En effet, l'algie névropathique, exclusivement réalisée par un mécanisme psychique pur, est exceptionnelle. C'est l'imagination entraînée par l'émotion ou la sensibilité qui cause ce phénomène, car la crainte d'une douleur en fait sentir la perception qui, dans ce cas, n'est qu'une illusion. Plus fréquents sont les individus qui, souffrant d'une douleur réelle mais insignifiante, l'exagèrent considérablement ou la ressentent longtemps encore après qu'elle a réellement cessé, persuadés qu'ils en souffrent toujours. C'est le cas d'un de nos malades qui ayant avalé une arête, en sentait toujours la piquûre au fond de la gorge trois ou quatre ans après, alors que toutes les pharyngoscopies possibles ne décelaient jamais aucune piquûre et, bien entendu, pas la moindre trace d'arête. Tout se passe comme si la sensation douloureuse attirait sur elle l'attention qui s'y

concentre. Cette concentraion a pour effet d'augmenter la douleur et d'en maintenir la manifestation.

Lorsqu'on souffre d'une algie quelconque, il suffit d'y penser pour la ressentir davantage; inversement, elle est beaucoup moins vive si l'on parvient à s'en distraire : c'est l'histoire de PASCAL, tellement absorbé dans ses spéculations philosophiques, qu'il arrivait à ne plus souffrir de ces céphalées. Le diagnostic des algies névropathiques est très délicat; il se basera surtout sur le comportement paradoxal du sujet qui déclare en souriant « *qu'il souffre horriblement* ». La difficulté est surtout de faire la part qui revient au réel, et celle due à l'imagination.

La névralgie du glosso-pharyngien se traduit par des douleurs violentes survenant par crises, entre lesquelles le malade revient à un état normal. Entre autres débuts possibles, la douleur peut commencer dans le fond de la gorge, au niveau de la base de la langue, dans la région tonsillaire, ou même au niveau des gouttières latéro-pharyngées.

Elle apparaît parfois sans cause, parfois à l'occasion d'un effort quelconque : déglutition de salive ou d'aliments, paroles, baillements, toux, éternuement. Elle présente diverses modalités : soit sensation de torsion, soit sensation de déchirure, d'arrachement ou d'excitation par un courant électrique. Son irradiation assez spéciale permettra de la caractériser : celle-ci se dirige

vers l'angle du maxillaire et vers le conduit auditif; le malade peut alors ressentir une sensation de déchirure du tympan.

Quelquefois on note de la siallorrhée ou, au contraire, de la sécheresse de la bouche. Souvent, la douleur cesse aussi brusquement qu'elle est venue, mais le malade redoute toujours un nouvel accès.

D'après le caractère de la souffrance et son irradiation, on est déjà orienté vers une névralgie du glosso-pharyngien; mais, pour en être certain, il faudra recourir à l'examen qui permettra de déceler le point de départ du réflexe douloureux.

C'est la zone d'excitation qui est soit sur la base de la langue, soit dans le pharynx, soit sur les amygdales. On pourra aussi tenter l'épreuve inverse; lorsqu'on aura déterminé exactement cette zone d'excitation, on fera disparaître toute possibilité de crise douloureuse par un badigeonnage à la cocaïne au dixième ou au liquide de BONAIN.

En dehors de ces accès, on ne note pas de troubles vasomoteurs, ni du voile, ni du pharynx; la sensibilité n'est pas modifiée, il n'y a pas de perversion du goût.

Si l'on veut connaître son étiologie, on verra que cette névralgie peut être le signe d'un anévrisme de la carotide interne ou la révélation d'une lésion intracrânienne : tumeur de l'angle pontocérébelleux ou arachnoïdite de la fosse postérieure; on l'a signalée

aussi dans les tumeurs de l'acoustique, on peut noter également un processus infectieux, une syphilis, une ostéoarthrite cervicale (TERRACOL). Mais dans la plupart des cas, il faudra se contenter du diagnostic de névralgie essentielle, toute recherche étiologique étant restée négative. Cette affection peut d'ailleurs revêtir différentes formes; celle qui nous intéresse particulièrement est la forme pharyngée dans laquelle il n'y a pas d'irradiation otitique. Par contre, dans la forme otitique, la douleur débute dans l'oreille et s'étend ensuite au pharynx.

Il ne faudra pas confondre cette névralgie avec l'*hyperesthésie des rameaux pharyngés du pneumogastrique*, qui fait éprouver au patient une sensation de picotements continuels, de piquûre, de brûlure, des douleurs sourdes pouvant être calmées ou exacerbées par le froid ou le chaud et qui ne disparaissent pas à la déglutition. D'ailleurs, il est des cas où les deux nerfs sont en cause, sans qu'on puisse distinguer ce qui revient à l'un ou à l'autre; il est vraisemblable qu'assez souvent la dixième paire prend part au syndrome avec la neuvième, par suite des nombreuses anastomoses qui réunissent les deux nerfs avec le sympathique, pour former le plexus pharyngien.

On reconnaîtra ces névralgies au caractère lancinant de la douleur évoluant par poussées, la nuit surtout, et aggravée par temps d'orage. Elles sont souvent extrêmement tenaces et non seulement elles siègent au

niveau du pharynx, de l'arrière-nez, du cou, mais quelquefois elles irradient encore dans le territoire du trijumeau, et cela n'est pas pour nous surprendre, étant donné les multiples connexions qui existent entre les nerfs crâniens, d'une part, le sympathique cervical et l'épanouissement des terminaisons nerveuses pharyngées d'autre part.

Nous voyons donc le rôle que peut jouer localement *le sympathique*, par exemple dans une névralgie. Il *peut avoir un rôle beaucoup plus important encore dans l'état général* et, avec son antagoniste le parasympathique, être cause de toutes sortes de manifestations douloureuses ou désagréables, si l'équilibre entre les deux systèmes est rompu. Partout où ils se rencontrent, ils sont en antagonisme physiologique : l'un rétrécit la pupille, l'autre la dilate, l'un déclanche le péristaltisme intestinal, l'autre l'inhibe, l'un active le cœur, l'autre le ralentit, l'un vide le tube digestif, l'autre tend à retenir dans cet organe son contenu. L'on peut donc parler de l'équilibre de ces deux systèmes et, des variations de cet équilibre, dépend la bonne exécution des fonctions viscérales. Le sympathique est un régulateur de la vie des tissus, le parasympathique est avant tout le régulateur des fonctions de nutrition : digestion, assimilation, évacuation. Ils se complètent admirablement.

Suivant la prédominance de l'un ou l'autre de ces deux systèmes, on pourra distinguer deux groupes dif-

férents d'individus : les sympathicotoniques et les vagotoniques.

Le *sympatricotonique* a un pouls rapide, il est pâle par suite de la vasoconstriction habituelle des capillaires superficiels. Il a des spasmes vasculaires, cause de migraine et d'élévation de la tension artérielle, quant à la minima surtout; il a de la mydriase, de l'hyperthermie, il est vif, actif, agité même : c'est un homme d'action presque toujours longiligne.

A l'inverse du précédent, le *vagotonique* manifeste tous les caractères contraires : il a des engelures, du refroidissement des extrémités, de l'acrocyanose même, c'est en général un bréviligne.

Comment distinguera-t-on ces deux types ?

D'abord par leur habitus extérieur, ce sera le caractère le plus frappant, mais nous pourrons aussi nous aider par différents tests :

1° *Le réflexe oculo-cardiaque* consiste à prendre le pouls du sujet, on lui comprime ensuite le globe oculaire pendant une minute et on compte de nouveau les pulsations cardiaques. L'augmentation considérable du nombre de celles-ci marque une sympathicotonie exagérée; leur ralentissement excessif sera le signe d'une hypervagotonie manifeste.

2° *Le réflexe solaire* consistant à effectuer une forte pression au creux épigastrique déclenche une accélé-

ration du cœur par excitation du sympathique. Suivant les cas, cette accélération sera plus ou moins nette.

3° La même excitation du sympathique est recherchée par le passage brusque de la position couchée à la position verticale. Cette épreuve sera plus ou moins caractéristique, selon le degré de sympathicotonie du sujet.

Ces tests sont-ils d'une grande utilité ?

Vraisemblablement non. En effet, dans les syndromes purs, l'examen clinique suffit largement pour caractériser le sujet. Malheureusement, dans la plupart des cas, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'isoler un type pur; il s'agit presque toujours *d'amyotonie ou de dystonie*, de sorte que les malades présentent tour à tour *des manifestations alternées de la prédominance de l'un ou l'autre système*; ou ce qui est encore plus complexe, *des phénomènes intriqués ressortissant en même temps aux deux systèmes*. Dans ce cas, les tests n'offrent guère d'indication ou varient considérablement d'un moment à l'autre.

On réalisera peut-être une discrimination plus exacte en observant le comportement psychique.

Le vagotonique sera généralement un anxieux et son anxiété augmentera en même temps que l'hygrométrie extérieure. Il y a un parallélisme très net chez certains vagotoniques, entre *leur anxiété et le degré hygrométrique de l'air*, ce qui s'explique par la diminution de

la tension électrique négative de l'atmosphère (LAINEL-LAVASTINE). Cet état est beaucoup plus net et présente son paroxysme au cours de la nuit. Le pH de ces individus est au-dessus de 7, ils présentent de l'alcalose et leur hydrophylie, leur besoin d'eau, peut-être causé par une perméabilité plus grande de leurs membranes cellulaires, les rendent plus sensibles aux poisons, ainsi que l'a montré le Professeur SANTENOISE par injection de pilocarpine à l'animal. Par contre, si le sujet est en état d'acidose à pH voisin de 5, il manifeste une certaine euphorie et une augmentation du tonus musculaire; il se sent heureux de vivre et présente également une hypertension légère.

Mais le fonctionnement du système nerveux végétatif étant étroitement lié à celui des glandes à sécrétion interne, il sera bon de rechercher s'il n'existe pas un dérèglement plus ou moins important, dans le travail d'un groupe glandulaire quelconque.

L'hyperthyroïdie coïncide généralement avec la sympathicotonie. Elle présente presque les mêmes caractères : une peau fine et chaude, un système pileux abondant, des gestes vifs et même fébriles, une élocution rapide et un tremblement nerveux, peu de salive, pas de sudation.

L'hypothyroïdie, au contraire, se manifeste par une réduction de la taille, une tendance au myxœdème, une face sans expression, une peau infiltrée; les extré-

mités sont froides, cyanosées et pourtant hyperhydriques.

Plus fréquents seront encore les types de dysthyroïdie ou d'instabilité thyroïdienne.

Les *caractères hypophysaires* sont très voisins des thyroïdiens et nous ne nous y arrêterons pas. Par contre, il faudra faire une place assez importante aux *manifestations ovariennes* surtout au syndrome d'insuffisance succédant à une castration chirurgicale ou à la ménopause. Il n'est pas douteux que la suppression de la fonction menstruelle soit un facteur de déséquilibre humoral qui s'accompagne très fréquemment de troubles autotoxiques, pouvant se manifester par une atteinte du système nerveux central : psychoses, du système nerveux périphérique : algies de toutes sortes.

Le syndrome d'hyperfonctionnement des surrénales s'accompagne d'hypertension artérielle et quelquefois d'hypercholestérolémie, ce qui peut être encore une cause de rhumatisme.

Nous ne saurions terminer cette évocation des endocrines sans rappeler le rôle des *parathyroïdes* dont le produit d'excrétion, la parathormone de COLLIN, règle le calcium du sang. On note une chute de la calcémie après l'ablation de ces glandes, le métabolisme du calcium étant essentiellement sous la dépendance des parathyroïdes (H. BÉNARD). L'hypothyroïdie entraîne une hypocalcémie qui est elle-même une cause de téta-

nie consistant en contractions musculaires se produisant par crises. Elles s'accompagnent, dans l'intervalle des accès, d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Puisque cette *hypocalcémie* réglée par la thyroïde est cause de spasme du pylore chez le nourrisson par exemple, pourquoi ne pas admettre qu'elle puisse être à l'*origine d'un spasme fort gênant*, au niveau du pharynx, organe essentiellement contractile et particulièrement sensible.

Les glandes endocrines, ainsi que le système nerveux végétatif sont donc à la base des troubles pharyngés; mais ce ne sont que des intermédiaires, il nous faudra rechercher des causes plus profondes, elles-mêmes à l'origine du dérèglement glandulaire et nerveux; cependant, avant de les aborder, examinons quelques facteurs qui peuvent déclencher l'apparition de ces troubles.

Bien souvent il faudra mettre en cause *le froid ou l'humidité*. Plus fréquemment le passage du chaud au froid, le fait de découvrir certaines parties du corps, principalement la nuque, ou bien, le fait d'avoir les pieds humides sont des causes déclenchantes qu'un malade s'observant quelque peu pourra constater lui-même; mais il en est de plus difficiles à déceler.

Les variations barométriques ont aussi une certaine importance. La dépression prédispose aux chocs colloïdaux, chez les spasmophiles elle détermine des crises

et entraîne une perturbation neurovégétative augmentant la vagotonie (ANNES DIAS). On parle de « *gorge serrée* » pour manifester une anxiété, or nous avons déjà vu que l'anxiété augmentait avec la vagotonie. De tels troubles ne paraissent pas liés uniquement à la baisse barométrique, mais à un ensemble météorologique ou peut-être tout de même la dépression joue le plus grand rôle.

L'humidité agit également, son étiologie dans le rhumatisme est bien connue. Elle est active, surtout sous forme de brouillard, qui augmente lui aussi le déséquilibre vaguesympathique par suite de l'électrisation des gouttelettes (KOPACZEWSKI). Mais le facteur météorologique le plus important paraît bien être l'électricité de l'air. Dans une atmosphère à charge nulle comme dans les villes, des troubles variés apparaissent plus souvent : asthme, migraines. Nous avons vu sur nos malades des manifestations pharyngées remplacer des crises d'asthme ou de migraines et inversement. Il faut surtout faire intervenir dans ces cas un indéterminé météorologique (MOURIQUAND), qui est probablement un ensemble où se retrouvent les influences de l'ionisation de l'air, du magnétisme, des rayons cosmiques. D'ailleurs, même si nous pouvions noter avec certitude l'influence d'un facteur majeur, il n'est pas douteux qu'il en existe quand même à côté, d'autres, plus ou moins importants et plus ou moins nombreux, le tout formant un complexe indissociable qu'il est

bien difficile d'étudier. Certains malades présentent en effet un phénomène de prévision clinique, c'est-à-dire ressentent les perturbations atmosphériques qui vont se produire plusieurs heures avant qu'aucun appareil puisse les enregistrer. Ceci est particulièrement sensible pour le « *syndrôme du vent du Midi* ».

Décrit par le Professeur MOURIQUAND, il est surtout caractéristique chez l'enfant, mais l'adulte n'en est pas indemne. Parmi les malades qui en sont frappés, certains sont irritables, d'autres font des crises de prurit, d'urticaire, ou manifestent un coryza chaque fois que souffle ce vent. Chez d'autres encore, prédominent les manifestations digestives : anorexie, langue saburrale, sans oublier les spasmes traduits par des vomissements, de la diarrhée ou par une impression de gêne ou d'anxiété. Ces troubles sont vraiment dus au vent du Midi — puisque se reproduisant constamment à cette occasion — mais non uniquement à ce vent : quelques-uns souffrant à l'intérieur des habitations lorsque la fenêtre est ouverte, d'autres ressentant leurs maux habituels, même lorsque toutes les ouvertures sont fermées, ce qui indique bien que les crises de ces derniers sont déclenchées par des phénomènes accompagnant le vent, et non par le vent lui-même. Enfin, certaines femmes n'y sont sensibles qu'à partir de la ménopause, ce qui nous ramène encore au dysfonctionnement endocrinien.

N'oublions pas non plus « *les inadaptés urbains* »

ressentant quantité de troubles digestifs en ville et qui à la campagne digèrent, le plus facilement du monde, les mêmes aliments qui les intoxiquaient dans le milieu urbain. Pourquoi cette différence ? Le nervosisme s'exaspère dans les villes ; l'action sédative de la campagne est remarquable. Le milieu urbain est pathogène et contribue à augmenter l'intoxication. Le climat n'est généralement pas différent de la ville à la campagne voisine. Les constituants météorologiques en sont presque toujours semblables. Cependant, une ville construite dans un bas-fond infesté de marécages est beaucoup moins salubre par exemple que la campagne environnante plus élevée, bien aérée et ensoleillée.

Les différents auteurs s'accordent pour penser que *la charge électrique* plus ou moins forte en pleine campagne est nulle dans les villes. D'autre part, il suffit de fumer une cigarette dans une pièce pour y faire tomber la charge électrique à zéro. Or, nous avons vu combien certains de nos malades sont sensibles à la fumée de tabac. Peut-être serait-ce là une raison supplémentaire pour affirmer l'importance de l'ionisation de l'air.

De plus, en ville, s'accumulent certains produits toxiques, résidus de l'activité industrielle : composés azotés, hydrogène sulfuré, gaz de pétrole, oxyde de carbone. Nous ne devons pas non plus oublier le nombre considérable de particules variées qui sont en suspension dans l'air des grandes villes, surtout dans les lo-

caux très fréquentés : grands magasins, gares, et qui peuvent agir comme allergènes : poussières de toutes sortes, corps microbiens, fumées. Ce qui différencie encore le séjour à la campagne du séjour à la ville, ce sont les rayons solaires chargés en ultra-violets qui, à la campagne, peuvent pénétrer partout, détruisant l'humidité et empêchant la production de moisissures, mais c'est surtout le genre de vie tout différent en ces deux endroits.

A la ville : sédentarité, bruits, précipitation, surmenage.

A la campagne : vie plus active, mais en même temps plus reposante, élimination des déchets, absence de souci.

En fin de compte, tout revient à cette question : *Pourquoi certains sort-ils météorolabiles ?*

Souvent cette même intolérance se retrouve chez les parents, sinon on remarque chez les antécédents des manifestations d'hépat-arthritisme, ou bien une infection de l'enfance a déclenché cet état, produisant de *petits hépatiques inassimilateurs* (MOURIQUAND). Etudier les causes de cette météorolabilité revient donc à étudier *le terrain arthritique*.

Après cet aperçu sur quelques facteurs déclenchant les crises : conditions météorologiques, il nous reste à voir quels terrains sont à la base de ces différents maux.

Le premier de ceux-ci est réalisé par la *constitution ostéo-conjonctivo-élastopathique*.

Il s'agit d'enfants ayant eu une croissance lente, irrégulière, quelquefois gros à aspect floride mais à chairs molles et pâles, à volumineux abdomen ou, au contraire, et le plus souvent, débiles, retardés, les premières dents apparaissant bien après six mois. Les déformations rachitiques sont fréquentes, le tissu lymphoïde est très développé : amygdales hypertrophiées, végétations adénoïdes importantes, ganglions volumineux. Chez l'adulte, ce type est encore plus net, trapu ou débile, il frappe surtout par un ensemble de dysharmonie, d'irrégularité marquant le tissu osseux, la dentition en particulier ; il conserve les traces du rachitisme de l'enfance : tête à crâne volumineux, front bombé, persistance du facies adénoïdien, hypertrophie des cornets, voûte palatine ogivale, déviation de la cloison, quelquefois présence de polypes, qui, encombrant les fosses nasales, obligent le sujet à respirer par la bouche.

Les malformations dentaires si fréquentes causant une articulation défectueuse, entraînent la chute précoce des dents. Les stigmates du rachitisme se retrouvent également au niveau du thorax qui est en carène, des membres inférieurs qui sont en lame de sabre, ou peuvent présenter soit le genu varum, soit le genu valgum. Ce type est encore caractérisé par la perte de

l'élasticité, visible par les vergetures de la peau : perte de l'élasticité cutanée, par les entorses, les subluxations faciles : perte de l'élasticité ligamenteuse, par les varices, les hémorroïdes : perte de l'élasticité des vaisseaux.

Enfin, les manifestations lymphoïdes sont les plus importantes. Les infections du cavum sont particulièrement fréquentes, entraînant des bronchites, un catarrhe muco-purulent abondant, non infectieux, puisqu'on n'y trouve pas de germe; c'est encore une des manifestations de *la tendance exsudative*. Ce type, où les troubles pharyngés sont si fréquents est souvent le résultat d'une *hérédité syphilitique*, il peut être aussi en rapport avec *l'âge avancé des procréateurs*, non pas seulement avec l'âge réel, mais surtout avec l'âge physiologique, car on vieillit plus ou moins vite suivant les qualités constitutionnelles plus ou moins bonnes, les tares héréditaires plus ou moins lourdes, le genre de vie plus ou moins conforme à ce qu'il devrait être, surmenage de toutes sortes, maladies infectieuses intercurrentes. La vieillesse se marque par la destruction des cellules nobles, hautement différenciées qui sont remplacées par du tissu scléreux.

Nous trouvons encore, à l'origine de ce type de dystrophie si fréquent les descendants d'arthritiques, d'obèses, d'emphysémateux, lithiasiques, migraineux, eczémateux, goutteux, et toute la lignée diathésique (BOUCHARD).

Il semble donc bien que tous les malaises envisagés jusqu'ici soient une des manifestations de l'arthritisme auquel s'oppose le terrain tuberculeux.

L'arthritisme si complexe, si difficile à clarifier, peut avoir une origine hépato-rénale, causée par une hygiène défectueuse. Joint au petit hépatisme, il expose à des troubles nombreux, du fait de l'insuffisance protéopexique du foie jouant mal son rôle de filtre, au-delà de la barrière intestinale. Chez ces individus, les chocs d'une vie agitée auront une grande influence; ils réagissent mal en effet, aux attaques de toutes sortes que leur réserve la vie de tous les jours. Ils donnent constamment l'impression d'être surmenés, car plus on s'élève dans l'échelle animale ou humaine, plus le système nerveux se développe et plus il prend d'importance au moins fonctionnellement, plus aussi il sera fragile, donnant des sensations désagréables, douloureuses, qui peuvent paraître graves au malade et ne font qu'augmenter son état d'angoisse. Il s'établit ainsi un cercle vicieux où chacun des facteurs peut jouer tour à tour le rôle de cause et de résultat. Il y a là un rôle considérable de l'insuffisance hépatique : plus le foie d'un adulte est normal, plus son intégrité est respectée (JACQUELIN).

De toutes les causes qui peuvent léser le foie, *l'intoxication alcoolique* est à envisager en premier lieu; une autre cause de l'arthritisme doit être aussi recher-

chée dans *l'anaphylaxie d'origine intestinale*, qui semble être très fréquente chez l'homme; la cause première serait donc un trouble du gros intestin réagissant sur le système endocrinien, sur le système nerveux autonome ensuite, ayant pour conséquences, d'abord une sensibilité anormale de ce dernier, puis une colloïdoclasie des humeurs, et enfin des manifestations intéressant tous les organes et tous les tissus, suivant les prédispositions individuelles de chacun (DANYSZ).

Nous naissons avec une individualité humorale propre, se retrouvant dans chacune de nos cellules, même dans les cellules germinatives; nous naissons ainsi sensibilisés, et nous y ajoutons, au cours de la vie, nos sensibilités personnelles acquises (André LÉRI).

Par un mécanisme humoral, la pathogénie peut être recherchée dans l'anaphylaxie ou dans des réactions colloïdoclasiques. Cette théorie accepte aussi bien l'origine endogène qu'exogène, toxique qu'infectieuse.

L'origine en sera principalement dans un genre de vie tendant à éviter la moindre fatigue, toute activité physique étant bannie, car moins on fait de dépense musculaire, moins on tend à en faire, parce que plus vite on se fatigue, par contre s'accumulent : surmenage cérébral, chocs émotifs de toutes sortes, responsabilités dans les affaires, lutte pour la vie, repas trop copieux. Il résulte de ce manque d'exercice, une respiration défectueuse, insuffisante, une diminution des oxy-

dations, des combustions internes, d'où excès des apports en regard des dépenses, accumulation de déchets non brûlés, source d'intoxication.

L'intoxication est le résultat de « la rétention de substances produites dans l'organisme ne s'éliminant pas régulièrement par suite soit de leur production exagérée, soit de l'insuffisance des émonctoires » (FINCK). Il faut y ajouter la respiration en atmosphère viciée et en général une température ambiante trop élevée, où l'organisme est privé de ses moyens d'élimination de toutes sortes; les émonctoires urinaires, pulmonaires, jouent mal ou insuffisamment leur rôle. Il n'y a pas de sudation pouvant entraîner au dehors de multiples déchets, « le travail des glandes endocrines n'est plus sollicité par la vie active, l'effort, l'activité physique, le froid; des syndrômes pluri-glandulaires se développent, l'hypothyroïdie et la sécrétion biliaire trop pauvres entraînent la paresse intestinale. De multiples cercles vicieux se développent dont chacun aggrave les conséquences de la perturbation nutritive » (JACQUELIN).

Mais il faut faire aussi une part *aux chocs moraux*, cause de dépression psychique, *aux anesthésies chirurgicales*, hépato-toxiques, *aux médications trop énergiques* : arsenicaux, *aux affections saisonnières* : grippe, à la « *focal-infection* » mise en lumière par l'école américaine.

Les foyers d'infection élaborent constamment des

toxines, qui sont déversées dans les humeurs à mesure qu'elles se produisent. Ils devront être recherchés au niveau des dents : caries fréquentes, racines abandonnées ou ignorées, pyorrhée alvéolo-dentaire, fistule d'un ancien abcès; au niveau des amygdales : amygdalite chronique avec cryptes bourrées de concrétions. Pensons aux vieilles sinusites, aux otorrhées chroniques, aux infections de l'appareil digestif : colites, appendicite, cholécystite; aux suppurations génitales et urinaires : cystites, métrites, salpingites, au pus dégluti chez les individus à cavum infecté, cause de fermentation intestinale. En cas de foyer fermé, l'infection peut se propager par voie lymphatique ou sanguine; ces infections seraient cause de rhumatisme ou d'oxalémie (DESGEORGES).

L'arthritisme, c'est encore la diathèse précipitante (LOEPER) qui tend à déposer dans les différents tissus des déchets sous forme de tophi; c'est enfin un syndrome de fixation toxique, non seulement produit par l'acide oxalique ou l'acide urique, mais encore par des substances qui échappent à nos analyses, issues des lyses cellulaires, des métabolismes nutritifs incomplets, des propres albumines de l'individu devenues toxiques. Il semble qu'il soit à peu près impossible de faire la part de ce qui revient à chaque élément. Tout est si étroitement entremêlé, que, suivant l'angle sous lequel on l'envisage, un quelconque phénomène peut être re-

gardé tour à tour comme cause ou comme conséquence d'un même état.

Il faut aussi faire une part importante à la *syphilis héréditaire*, comme origine de l'état arthritique ou de la constitution conjonctivo-élastopathique; mais, en dehors de ces différents processus, elle paraît sensibiliser d'une façon toute particulière la muqueuse pharyngée, sans doute par un mécanisme complexe. Il n'est pas interdit de penser qu'il s'agit, là encore, de troubles humoraux ou neurovégétatifs, peut-être d'altérations nerveuses discrètes. Très souvent ce sera une syphilis vieillie et non virulente, ancienne ou héréditaire, où le tréponème n'existe plus, mais ayant profondément modifié le terrain et engendré certaines sensibilités tissulaires localisées, ou certaines dystrophies. De sorte que pour la déceler il ne faudra pas trop attendre des examens sérologiques, qui pourront être depuis longtemps déjà, ou même avoir toujours été négatifs.

De même la *bacillose*, ou plus exactement *le terrain bacillaire héréditaire*, est à la base de certaines sensibilisations. Cet état est marqué surtout par une extrême sensibilité de la muqueuse respiratoire. Peut-être s'agit-il d'une déficience de la muqueuse qui serait en quelque sorte tarée, ou d'une élimination de toxines à ce niveau. Ces individus, à tendance tuberculeuse, perdent leurs sels de chaux; ils ont généralement de la phosphaturie et présentent une hypersensibilité à la

douleur, dont la moindre sensation peut leur être insupportable. L'absorption de vin ou d'alcool ne fait qu'augmenter ces prédispositions.

Il résulte de ce long exposé, de toutes ces considérations, de tous ces faits cliniques, que les troubles pharyngés fonctionnels faisant l'objet de notre étude, évoluent sur un terrain et chez des sujets qui ont un tempérament très particulier. Mais qu'est-ce qu'un terrain ? Qu'est-ce qu'un tempérament ?

Il est bien difficile de définir, d'expliquer l'un et l'autre. On pourrait peut-être admettre que c'est une manière spéciale de réagir à certaines influences extérieures ou intérieures que nous allons essayer de préciser. Peut-être serait-il plus juste de dire qu'il est la résultante de toutes les influences extérieures et humorales s'exerçant sur les mécanismes régulateurs, dont le fonctionnement harmonieux réalise ce que nous appelons l'état de santé

Nous avons vu que le plus souvent nos sujets appartenaient à ce qu'on appelle la diathèse colloïdoclasique. Ce sont des malades dont les humeurs sont instables, qui font facilement des phénomènes de choc, qui sont des intolérants, des idiosyncrasiques très sensibles à différents réactogènes; leur tube digestif et leur foie sont fréquemment lésés, certains de leurs tissus présentent une sensibilité spéciale. Ils sont souvent atteints de dystonie neurovégétative; ce sont des vagotoniques

ou des sympathicotoniques, qui réagissent anormalement à toutes les influences étrangères, leur pH est anormal et on note aussi des troubles de la calcémie. Ce sont encore des météorolabiles, tous ces sujets si sensibles aux troubles atmosphériques, aux variations de température, d'hygrométrie, de pression, à l'ionisation de l'air, aux influences telluriques et cosmiques. Parmi eux, se trouvent enfin ceux que l'on a appelé les neuro-arthritiques, diathèse qui paraît bien en rapport, non pas comme on le pensait autrefois, avec une auto-intoxication ou un excès d'acide urique, mais avec des phénomènes de sensibilisation (TZANCK).

Pourquoi, chez certains sujets, la douleur se fixe-t-elle électivement au niveau du pharynx, plutôt qu'en d'autres régions ? Peut-être faut-il faire intervenir une véritable sensibilisation locale, peut-être aussi certains antigènes ont-ils une affinité spéciale pour le pharynx, la toxine agissant comme mordant, pour des raisons chimiques ou électriques. Peut-être aussi y a-t-il chez certains malades des altérations nerveuses localisées, dont les causes sont bien difficiles à préciser dans l'état actuel de nos connaissances. Il est vraisemblable aussi que les variations locales du régime circulatoire peuvent engendrer, par un mécanisme complexe, des sensations anormales. Il peut s'agir d'une simple irritabilité cellulaire locale, acquise ou en rapport avec le tempérament. Il y a des pharynx hypersensibles intolérants. Il est évident que la muqueuse pharyngée de

certaines sujets présente une sensibilité propre, comme d'autres tissus de l'organisme. Cette sensibilité la fait réagir avec une plus ou moins grande intensité à telle ou telle substance, agissant par contact ou par effraction, s'il y a un microtraumatisme ou une plaie minime favorisant l'absorption de l'antigène qui peut encore être apporté par la voie sanguine. C'est dans ces cas que l'on peut parler d'allergie, d'hypersensibilité, d'idiosyncrasie. C'est chez ces malades que l'on voit souvent alterner : migraines, eczéma, urticaire, entérocolite. Ce sont des diathésiques pouvant présenter des manifestations d'intolérances nerveuses, hépatiques articulaires, digestives.

Dans certains cas, *l'irritabilité du pharynx n'est qu'une localisation particulière de l'irritabilité générale du sujet*. On est en droit de penser que l'arthritique dont le foie est déficient, et qui souffre de son pharynx, peut avoir son plexus pharyngé imprégné par de l'acide urique, de l'acide oxalique non précipité ou fixé, et par bien d'autres corps que nous ne connaissons pas (R. DELATTRE). Les douleurs pharyngées peuvent être dues à des troubles vasomoteurs, à un processus exsudatif de la muqueuse, à une névrite toxique intéressant le sympathique ou le parasympathique.

Pourquoi cette muqueuse est-elle si sensible ? Pourquoi telle-ci plutôt qu'une autre ?

Sans doute à cause de ses fonctions, de son travail, si l'on veut bien nous permettre cette expression, de

carrefour aérodigestif, où chaque jour passent des milliers de litres d'air plus ou moins chargés de germes de toutes sortes, plus ou moins pollués, qui ont pu altérer cette muqueuse, par le passage des aliments plus ou moins irritants que nous faisons glisser à son contact, par le travail auquel cet organe participe dans l'élaboration de la voix, sans doute aussi à cause de son importante vascularisation, de la richesse de ses connexions nerveuses, qui font de cette région un centre où s'épanouissent des nerfs craniens et des terminaisons du sympathique et du parasympathique qui réagissent facilement à toutes les atteintes profondes, puisque ce système autonome est celui même de la vie végétative. *Tout se passe comme si le pharynx était en quelque sorte la plaque sensible où viendrait se projeter l'état de toxi-infection du sujet.* Cette plaque n'est sensible que parce qu'il y a là un point de moindre résistance, un « *locus minoris resistentiae* », une fragilité locale qui fixe les manifestations de l'intoxication générale. Le pharynx joue alors le rôle d'émonctoire des multiples déchets accumulés dans l'organisme.

Si tous les malades n'ont pas les mêmes toxines, tous ont un pharynx innervé de même façon. Pourquoi alors les uns sont-ils plus sensibles que les autres ? Peut-être pourrions-nous retrouver l'origine de cette fragilité pharyngée qui semble attirer les poisons, dans une affection aiguë de l'enfance qui a marqué, imprégné cet organe pour toute une vie et qui, de nombreu-

ses années après, ne se manifeste plus par aucune apparence extérieure, mais persiste sous forme d'une fragilité particulière.

Quel est donc le mécanisme intime de tous ces troubles fonctionnels qui s'expriment par une souffrance au niveau du carrefour aérodigestif ? Nous connaissons le terrain, mais comment agit-il pour donner toutes ces sensations pénibles que nous avons énumérées ? Faut-il admettre des altérations tissulaires en rapport avec les phénomènes de sensibilisation ou d'intoxication, ou des troubles vasculaires ? Cela doit être vrai dans certains cas.

Le sympathique peut engendrer la douleur par des troubles vasomoteurs ou par un mécanisme humoral. Il règle peut-être par les modifications biochimiques qu'il détermine au niveau des terminaisons nerveuses, le seuil de l'excitation de celles-ci (DECHAUME). On peut admettre qu'un trouble fonctionnel est suffisant pour déterminer la douleur, et cela en causant des troubles vasomoteurs.

Différents facteurs hormonaux ou humoraux peuvent intervenir sur la sensibilité à la douleur, en agissant sur les nerfs périphériques. Il y a des gens qui sentent plus que d'autres; la sensibilité est personnelle et fait partie de la personnalité. Il est possible que différents réflexes restant à définir puissent, par un mécanisme complexe, modifier en l'abaissant le seuil de l'excitabilité nerveuse (LERICHE et FOERSTER).

La douleur peut aussi être d'origine centrale; dans ce cas, elle sera toujours reportée à la périphérie, dans le territoire de distribution du conducteur sensitif.

Faut-il penser encore à de véritables *névralgies du glossopharyngien ou du sympathique*, engendrées par les modifications cellulaires ? Mais de quel ordre sont ces modifications ? Comment les interpréter ? S'agit-il de troubles physiques, de modifications protoplasmiques d'ordre qualitatif ou quantitatif ? C'est l'essence même de la vie qu'il faudrait pénétrer pour donner une explication définitive; mais la vie ne nous apparaît jamais que dans ses manifestations, son essence même reste inconnue. La chimie biologique nous laisse entrevoir quelques-unes des causes que nous cherchons en nous montrant que certaines manifestations morbides sont liées à des modifications du milieu intérieur sous les influences les plus diverses. puisqu'une émotion, phénomène d'ordre moral, peut réaliser le trouble engendré par un médicament, c'est-à-dire un corps chimique le plus souvent. De sorte qu'à la fin de cette étude, nous ne pouvons avoir la prétention de présenter notre modeste travail autrement que comme un essai d'interprétation de phénomènes connus, à la lumière de nos connaissances actuelles en biologie et en physiologie. Notre thérapeutique des troubles fonctionnels se ressentira nécessairement de l'imprécision de nos connaissances de tous ces phénomènes complexes, qui se combinent, s'additionnent, pour donner une simple douleur du pharynx.

ESSAI DE THERAPEUTIQUE

Nous pensons, par ce qui précède, avoir assez attiré l'attention sur ce fait qu'il s'agit d'une maladie générale; la thérapeutique en découlera tout naturellement. Elle sera d'ailleurs délicate et difficile à appliquer, puisque les causes qui engendrent les troubles sont multiples et variées, dues à des mécanismes très divers, complexes, réagissant les uns sur les autres, elle manquera souvent de précision.

Elle consistera en un traitement général.

Tout au plus pourra-t-on, dans quelques cas, essayer diverses applications locales, plutôt pour apaiser l'esprit du malade que pour remédier réellement à ses maux. En effet, celui-ci pourrait ne pas comprendre que, souffrant de sa gorge, on ne s'en occupât nullement. Mais il faudra bien se garder de trop insister localement, surtout dans les manifestations où l'imagination joue le plus grand rôle, car on risque de fixer l'attention du malade sur la région où siège la douleur, et par là même de l'exagérer, ce qui serait absolument contraire au but que l'on essaye d'atteindre. Il faudra

surtout, dans ce cas, chercher à calmer l'émotivité par des bromures à petites doses ou par de la valériane. Il sera bon de conseiller des distractions, des voyages.

On tentera un essai psychothérapique.

Il est nécessaire, en effet, que le médecin sache gagner la confiance de son malade en prenant au sérieux les troubles et les malaises qu'on lui expose. Il essaiera d'en montrer la non-gravité et, après l'avoir rassuré, usera de toute son influence pour détourner l'attention du patient des malaises qu'il éprouve.

Quant au traitement de la névralgie du glosso-pharyngien, il sera d'abord médical. On aura recours aux analgésiques habituels :

belladone,
atropine,
jusquiame,
gelsemium sempervirens
aconit.

L'aconitine est un spécifique des névralgies; elle abolit d'abord la sensibilité consciente ou douloureuse, puis la sensibilité inconsciente ou réflexe. Son action est élective sur le territoire des neuvième, dixième et onzième paires crâniennes. Elle ne touche que la sensibilité et nullement la motricité, du moins aux doses thérapeutiques. On pourra y recourir avec prudence, même dans les sympathalgies si tenaces, chez les malades ne présentant aucune tare cardiaque ni rénale. Il

faudra se méfier des intolérances possibles qui se manifesteront par de la diarrhée et des nausées. On tentera aussi la dérivation électrolytique après ingestion d'aconitine (FRANQUET).

Les injections neurolytiques n'ont pas donné grand résultat. Si l'on n'obtient aucun soulagement, on envisagera enfin le traitement chirurgical consistant en une section du nerf, avec ou sans résection du ganglion cervical supérieur du sympathique et la section des filets pharyngés du pneumogastrique, puisque, nous l'avons vu, la douleur peut aussi venir, dans certains cas, de la dixième paire; mais ces interventions sont graves et mutilantes.

Quant aux *dystonies neurovégétatives*, difficile en sera le traitement, parce que généralement les phénomènes sont intriqués. Dans la vagotonie bien caractérisée, nous pourrions administrer des médicaments du type : datura, belladone ou l'atropine jointe à des excitants de l'autre système : adrénaline ou éphédrine. Par contre, s'il s'agit d'une prédominance très nette du système sympathique, des médications freinatrices lui seront opposées : tartrate d'ergotamine, jaborandi et pilocarpine. Dans les cas complexes, il sera permis d'essayer une substance à effets pharmacodynamiques contraires, comme le complexe atropine-ésérine-tartrate d'ergotamine.

On pourra également *tenter un choc*, par la métho-

de de BONNIER. « Elle a des indications chez des gens n'ayant pas de grosses lésions organiques du système nerveux, mais qui souffrent avant tout d'un défaut d'équilibre de leur vago-sympathique » (LAIGNEL-LAVASTINE). Si l'on obtient une guérison par cette méthode, elle ne sera pas due uniquement à la suggestibilité du patient; en effet « dans les guérisons qui suivent un choc moral violent ou des impressions physiques douloureuses (acupuncture chinoise, réflexothérapie nasale), des modifications ont été constatées dans la composition du liquide sanguin » (Ch. FIESSINGER).

Mais il faudra surtout penser à chercher un retour à l'équilibre par *une hygiène et une vie bien comprises*, la pratique de certains sports judicieusement choisis, ou plus exactement la culture physique matinale. L'hydrothérapie tiède, qui a pour effet de calmer l'hyperexcitabilité nerveuse; et même, dans certains cas, si l'anxiété est trop grande, on pourra calmer l'émotivité exagérée du patient par des calmants du système nerveux central, comme le bromure et le chloral.

Une thérapeutique plus profonde sera essayée dans *le redressement du système endocrinien*, dont il faudra s'efforcer de rétablir le bon fonctionnement, soit par une action stimulante dans le cas de déficit, soit par une action freinatrice dans le cas contraire. L'opothérapie thyroïdienne peut être très favorable dans certains cas. L'opothérapie ovarienne donne de bons résultats, dans les troubles survenus à la suite d'une cas-

tration chirurgicale. Elle en donne de moins bons dans ceux qui succèdent à la ménopause. Quelquefois les hypothyroïdiens se trouveront bien d'une légère atteinte fébrile.

En ce qui concerne *les météorolabiles*, s'il est impossible de changer les facteurs météorologiques, il sera souvent possible de préserver le sujet de leurs atteintes, qui pourraient être fâcheuses pour lui. Le rôle du médecin consistera justement à tâcher de découvrir exactement les causes déclenchantes ou plutôt à faire en sorte que le malade les découvre avec certitude. Dès qu'elles seront bien connues, il pourra s'en préserver. L'un, dont les troubles sont causés par le froid localisé aux pieds, devra porter des chaussettes de laine. Un autre, particulièrement sensible de la nuque, devra éviter tout spécialement les courants d'air le jour où il se sera fait couper les cheveux; en hiver, le port d'un foulard s'imposera pour lui. Un troisième, sensible de la région lombaire, sera condamné à porter une ceinture de flanelle. Ce sont de petits moyens qui loin d'être parfaits, on peut même les trouver médiocres, rendront néanmoins grand service à ceux qui les emploieront. Ennuyeux au début, ils deviendront vite une habitude peu gênante, et le soulagement qu'en retirera le malade sera sans rapport avec la sujétion que leur emploi détermine.

Quant *aux inadaptés urbains*, la cause de leurs ma-
laises étant généralement dans une petite atteinte hé-

patique, souvent en rapport avec l'arthritisme des ascendants, leur traitement sera celui de l'insuffisance hépatique. Le passage de la ville à la campagne détermine un choc climatique qui peut faire disparaître de nombreux troubles; on conseillera donc des séjours, les plus longs et les plus fréquents possibles, en plein air.

Chez les *spasmophiles* dont les algies sont en rapport avec une calcémie dérégulée, on pourra employer la médication calcique sous forme de chlorure de calcium en potion ou en injection intraveineuse. L'opothérapie parathyroïdienne sous forme d'extraits à haute dose complètera le traitement.

Les infections focales seront recherchées. Les infections dentaires, sinusiennes, amygdaliennes, seront traitées comme il convient. On fera, dans ce cas, appel au chirurgien toutes les fois que ce sera nécessaire; en effet, si l'on n'intervient pas pour supprimer le foyer infectieux, les troubles qui en sont la conséquence résisteront à toute thérapeutique. Il faudra donc le faire au plus tôt avant que des atteintes tissulaires irrémédiables se soient produites.

N'oublions pas non plus les *fermentations intestinales*, qu'il s'agisse de constipation ou de colite, car les toxines d'origine intestinale paraissent avoir une affinité pour le pharynx. Certains de nos malades, constipés chroniques, se sont trouvés fort soulagés par la

prise matinale d'une petite dose de sulfate de soude. Le sel effleuré paraît plus efficace sous un moindre volume. Le matin, au réveil, ils prennent une petite cuillerée à café de ce sel dans une demi-verre d'eau tiède; ils font cela trois jours de suite, cessent trois jours et reprennent les trois jours suivants. On obtient généralement une exonération intestinale régulière plus facile, et bientôt on peut espacer largement les séries de trois jours

Chez les *colloïdoclasiques* faisant une poussée de vasodilatation ou d'œdème, on utilisera l'action vasoconstrictrice de la solution d'adrénaline au millième. On pourra, si l'on est présent au moment de l'accès, faire un badigeonnage du pharynx. On essayera ensuite l'injection sous-cutanée d'un demi-centimètre cube pour se rendre compte de la susceptibilité individuelle du malade. En cas de non résultat, augmenter la dose. On devra, lorsqu'on l'administrera par voie buccale, en mettre quelques gouttes sur un morceau de sucre et recommander au malade de le laisser dissoudre dans sa bouche. Si l'adrénaline est mal supportée, cela révèle une hypersympathicotomie qui indique d'autres traitements.

Les extraits surrenaux totaux sont souvent mieux tolérés et tout aussi efficaces. L'éphédrine en comprimés, à un ou trois centigrammes, sera plus facile à prendre, son effet sera plus lent à se faire sentir mais

son action plus durable. Suivant les cas, nous pourrions employer aussi les substances favorisant l'hypertonie du parasympathique qui produisent une action contraire aux précédentes, mais ont quelquefois un résultat identique sur les troubles que nous envisageons : belladone, datura, atropine.

Les mêmes phénomènes douloureux peuvent être réalisés par la vasoconstriction. Dans ce cas, l'administration d'adrénaline et d'éphédrine, au lieu d'améliorer le patient, causera une aggravation. On recourra alors aux vasodilateurs : bains chauds, acétylcholine, ou au tartrate d'ergotamine qui agit presque électivement pour diminuer la sympathicotonie.

Il faut d'ailleurs prendre garde aux effets souvent désastreux *d'une thérapeutique symptomatique trop longtemps prolongée*, car elle détermine des chocs successifs qui ne font qu'accentuer l'état de déséquilibre du malade : l'adrénaline, en effet, augmente le nervosisme. On essayera alors des méthodes générales consistant principalement en chocs de diverses natures : la susceptibilité de l'individu à l'égard des chocs spontanés se trouvant en quelque sorte diminuée par des chocs légers provoqués en vue d'une action thérapeutique. Il s'agit bien de chocs réels, car l'examen hématologique a révélé une formule sanguine modifiée. On emploiera :

1^o l'autohémothérapie,
par doses progressives de deux à quinze centimètres

cubes, tous les deux jours pour les petites doses, tous les cinq jours pour les dernières injections. Elle empêche plutôt le retour des crises qu'elle ne fait cesser celles qui sont déjà déclenchées ;

ou l'autosérothérapie,

un demi-centimètre cube en injection intra-veineuse chaque jour.

2° les injections de peptones,

intramusculaires ou intradermiques : solution à cinq pour cent, un centimètre cube. Le lait stérilisé : deux à cinq centimètres cubes. Les intradermiques doivent être faites avec une aiguille spéciale très fine, on injecte quelques gouttes de peptones de WHITE à cinquante pour cent. Il faut obtenir une légère papule ortiée. Cette sorte d'injection a l'inconvénient d'être très douloureuse.

3° les rayons ultra-violet à dose érythémateuse qui provoquent une lyse cellulaire entraînant le passage d'albumines dans le milieu humoral. Ils peuvent donc remplacer une injection de peptones.

4° la fièvre artificielle ou pyrétothérapie. Certains colloïdoclasiques se trouvent mieux lorsqu'ils font une maladie aiguë. Toutes leurs intolérances disparaissent : les parasympathicotoniques voient leur équilibre rétabli et une hypersympathicotonie succéder à leur vagotonie habituelle, en même temps que l'alcalose fait place à l'acidose.

Elle peut être réalisée de différentes façons :

a) rayons ultra-violet à doses massives;

b) injection intraveineuse de vaccins,

soit des autovaccins.

soit des vaccins antichancrelleux (DMELCOS) qui peuvent aller jusqu'à déclencher une température de 40°. L'injection pourra être renouvelée chez les sujets jeunes et non tarés.

c) soit par des injections d'huile soufrée à cinq pour cent, par voie sous-cutanée.

La fièvre atteint facilement 39°. Elle présente en plus l'avantage de la médication soufrée : médication des états diathésiques.

Certains congestifs se trouveront améliorés par le demi-bain chaud où jambes et cuisses sont immergées. La partie supérieure du corps se trouve ainsi décongestionnée. Les purgatifs drastiques : eau-de-vie allemande associée au sirop de NERPRUN à parties égales ou le citrate de magnésie donnent quelquefois de bons résultats. Enfin le chlorure de calcium en ingestion : deux ou trois grammes par jour, plus efficaces seront les injections intramusculaires ou intraveineuses :

l'hyposulfite de calcium, vingt centigrammes en intraveineuse,

le gluconate de calcium, cinq à dix centimètres cu-

bes d'une solution à dix pour cent en intraveineuse,

l'hyposulfite de sodium ou de magnésium sont aussi très employés.

Si l'on soupçonne une *origine rhumatismale*, on prescrira un régime ayant pour but de réduire l'ingestion des aliments générateurs d'acide urique et oxalique : chocolat, oseille, rhubarbe. On réalisera l'alcalinisation de l'intestin par la craie ou la magnésie, pour empêcher l'absorption de l'acide oxalique. On favorisera l'élimination intestinale par des purgatifs salins ou drastiques, et l'élimination rénale par la théobromine; la piperazine solubilisera les dépôts possibles d'oxalates.

Là encore, l'opothérapie thyroïdienne sera d'un grand secours, elle variera d'ailleurs suivant l'état du sujet.

L'acide phosphorique donne parfois de bons résultats lorsqu'il y a hypophosphatémie. Le soufre et l'iode peuvent aussi être utilisés.

Il faudra conseiller une habitation non humide, autant que possible surélevée. Il sera préférable que notre malade n'habite pas au rez-de-chaussée. Un climat sec, bien ensoleillé, à l'abri des vents trop froids, de l'humidité, lui conviendra. S'il ne peut changer le lieu de sa résidence, au moins devra-t-il changer d'air le plus souvent possible. Enfin, des exercices physiques

modérés seront indispensables en ayant soin, cependant, d'éviter toute fatigue.

Quant à l'arthritisme, le traitement consistera surtout en un régime équilibré et une hygiène bien comprise. L'alimentation sera particulièrement surveillée; le régime devra être varié, mais on réduira les aliments trop riches. Le lithiasique ou l'obèse se trouveront bien de la cure de jeûne : diète presque complète un jour par semaine, tisanes et fruits. L'insuffisance hépatique impliquera la suppression des fritures, sauces, œufs, chocolat, poisson. Le beurre frais est permis. Le lait rendra de grands services : écrémé ou sous forme de képhir. Le café, le thé fort, les vins ou liqueurs seront à écarter.

On recommandera des fruits crus le matin pour remplacer le petit déjeuner : raisin, oranges, pommes bien mûres. On peut y ajouter des légumes frais, crus, préparés en salade. Poursuivi pendant quelque temps, ce régime fait cesser la putréfaction intestinale. Il sera bon d'y joindre quelques cholagogues : bolbo, huile de Harlem, petits lavements froids. Les extraits biliaires, dix centigrammes, stimulent les fonctions hépatiques et favorisent la digestion des graisses. Enfin, l'atonie gastrique réclamera des repas espacés presque sans boisson et l'utilisation de mets bien assaisonnés qui excitent les sécrétions digestives.

Régler l'activité de chacun de ces malades ne sera

pas une entreprise toujours facile. Certains, en effet, après des veilles prolongées, des surmenages de toutes sortes, donnent tous les signes d'une fatigue hépatique et il se développe un syndrome autotoxique. D'autres, au contraire, aboutiront à des troubles semblables par suite d'une réduction excessive de l'activité. Dans l'un ou l'autre cas, les indications seront tout à fait opposées. Mais, généralement, cette diathèse n'a pu se réaliser que grâce à l'insuffisance du travail musculaire, à la sédentarité allant de pair avec une intellectualité trop poussée. Une activité bien réglée est le meilleur moyen d'y remédier, mais il faudra prendre garde au surmenage ! Si la vie au grand air n'est pas possible, une promenade à la campagne le dimanche sera très utile, ainsi que, tous les matins, quelques minutes de culture physique en chambre. L'hydrothérapie ne sera pas oubliée, si la douche est impossible, une simple ablution suivie de friction au gant de crin donnera souvent de bons résultats. Il faudra tâcher d'arriver progressivement à supporter la douche froide. Enfin, suivant les cas, pendant les vacances, un séjour à la montagne, à moyenne altitude, sera très profitable.

Nous avons dit que *la bacillose*, ou plus exactement *le terrain bacillaire héréditaire ou acquis*, était à la base de certaines sensibilisations, de certaines fragilités de la muqueuse pharyngée. Ce terrain est des plus difficiles à modifier et nous ne pouvons entreprendre au cours de cette simple étude de passer en revue tout

ce qui a été mis en œuvre pour lutter contre l'état humoral qui rend réceptifs certains sujets vis-à-vis du bacille de KOCH. On essaiera de restreindre les dépenses excessives fréquentes chez ce type de malades, par une médication opothérapique : extrait pancréatique ou extrait de glandes génitales ; à l'encontre des précédents, leur régime alimentaire sera plutôt copieux en évitant toutefois la suralimentation. La mer et la haute montagne ne leur sont pas favorables.

La *syphilis héréditaire* sensibilise aussi la muqueuse pharyngée, peut-être par des altérations nerveuses discrètes. Nous savons, en effet, quelle est l'affinité des syphilis anciennes pour le système nerveux. Il s'agit d'une syphilis vieillie qui n'est probablement plus virulente, de sorte qu'il faudra peu attendre du traitement spécifique, mais essayer de modifier le terrain après l'avoir défini : quelquefois ce sera le neuroarthritisme, dans d'autres cas les glandes à sécrétion interne seront déficientes et cela nous ramènera encore une fois, à l'opothérapie envisagée plus haut. Parfois, nous ne pourrions agir que sur la dystonie neurovégétative déjà vue. Enfin, ce pourra être une névropathie engendrée par la syphilis qui réclamera un traitement complexe. Le calomel, un centigramme par jour pendant vingt jours, trouvera là sa justification. Tout en ayant un effet cholagogue qui améliore le fonctionnement hépatique et augmente en outre le péristaltisme intestinal, il partage avec l'iode et les iodures le pouvoir de com-

battre, en tant que composé mercuriel, une syphilis qui aura pu contribuer à créer un terrain diathésique.

Enfin, quelles que soient les causes de leurs troubles, de nombreux malades se trouveront bien d'une cure thermale :

Les catarrhes non infectieux sont justiciables d'une station sulfureuse, telle que Cauterets, Challes, Uriage ou Allevard, Luchon, qui sont sédatifs et décongestionnants.

On recommande le Mont-Dore aux malades éréthiques, excitables, et à ceux chez qui prédomine l'élément spasmodique : le Mont-Dore a une action décongestive.

Cette sorte d'alternance que l'on rencontre dans les manifestations arthritiques rend le choix d'une station assez délicat.

Les cures alternées ou complexes soulagent les arthritiques qui se trouvent bien, par exemple, d'une cure à Nérès et à Dax, si l'élément rhumatisme domine.

Chez ceux où l'hépatisme l'emporte, Vichy est indiqué.

Les maladies de la nutrition comportent des indications variées : le pléthorique obèse se trouvera bien d'une cure à Brides.

La cure de diurèse indiquée chez certains sera pratiquée à Vittel, Contréxéville ou Evian.

L'élément névropathique sera combattu à Nérès, Bagnères-de-Bigorre.

Les intestins délicats réclament Plombières et Châtel-Guyon. Plombières s'adresse aux spasmodiques, Châtel-Guyon convient aux intestins atones.

En résumé, bien des sensations anormales du pharynx sont en rapport avec des troubles neurovégétatifs. Tantôt il s'agit de sympathicotonie, parfois de vagotonie, plus souvent on trouve un syndrome amphotonique. Il ne faudrait pas croire que le traitement soit simple. Car bien souvent c'est le système endocrinien qui est cause du trouble neurovégétatif, et lui-même peut avoir son fonctionnement troublé par des infections ou des intoxications qui, elles-mêmes, ont engendré l'arthritisme. De sorte que, très souvent, ce ne sont ni les médicaments qui agissent sur le vago-sympathique qui peuvent avoir une action durable, ni les traitements opothérapiques, thyroïdiens ou autres, mais la thérapeutique des infections focales, dentaires, amygdaliennes ou intestinales, sera efficace, ou plus souvent encore le traitement de fond de l'arthritisme, c'est-à-dire du terrain morbide qui, fréquemment, est à la base de tous ces troubles qui découlent les uns des autres. Et si l'on a affaire à un neuroarthritique présentant un quelconque trouble fonctionnel du pharynx on arrive parfois à des résultats excellents, en lui assu-

rant une vie calme, exempte de choc, d'émotion, en prescrivant quelques calmants du système nerveux et un régime alimentaire aussi peu toxique que possible.

CONCLUSIONS

Les troubles fonctionnels du pharynx sont beaucoup plus fréquents que les pharyngites chroniques avec lesquelles ils sont souvent confondus. Nous croyons avoir suffisamment montré que les causes qui les provoquent sont multiples. Ces troubles ne réclament presque jamais un traitement local, mais une thérapeutique basée sur le mécanisme souvent complexe qui les a engendrés.

Vu:

**Le Doyen,
BAUDOUIN**

Vu:

**Le Président de Thèse,
DUVOIR**

Vu et permis d'imprimer:

**Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL.**

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI (P.). — Leçon d'ouverture du Cours de Pathologie médicale : Les troubles fonctionnels en pathologie, 27 novembre 1936.
- DELATTRE (R.). — Les fausses pharyngites ; in *Gazette médicale de France et des pays de langue française*. Tome 46, n° 3.
- ANDRÉ-THOMAS. — Les procédés d'exploration du système nerveux végétatif ; in *Monde Médical*, 1^{er}-15 juin 1937.
- AYALA. — Douleur sympathique et douleur viscérale ; in *Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1937.
- BAUDOUIN (A.) et SCHOEFFER (H.). — Physiologie et pathologie générale de la douleur. *Congrès intern. de langue franç. de neurologie*, juillet 1937.
- BOULAY (M.) et LE MARC'HADOUR (H.). — Les paresthésies pharyngées. *Rapp. à la Soc. Franç. d'otorhinolaryngologie*.
- CHIRAY (M.), MOLLARD (H.) et MASCHAS (H.). — La climatologie de l'avenir ; in *Rev. Méd. Franç.* mai 1942.
- COUSSIEU (P.) et MASTEPIOL (R.). — La toux dans ses rapports avec l'O.R.L. ; in *Gazette médicale de France*, 1^{er} avril 1937.
- CROUZON (D.) et DESOILLE (H.). — Diagnostic de la réa-

lité de la douleur; in *Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1937.

DEBIDOUR (A.). — L'hydrothérapie : Méthode d'immunisation contre les infections des organes respiratoires déclenchées par le froid; in *Journal Médical Français*. Tome XIV, n° 3, mars 1925.

DECHAUME (Jean). — La douleur dans les maladies organiques du système nerveux : Nerfs périphériques; in *Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1937.

FIESSINGER (Ch.). — La Médecine du Praticien. Maloine, Paris, 1942.

HARTENBERG (P.). — Les algies névropathiques; in *Phare Médical de Paris*.

HAUTANT (A.). — Allergie nasale.

— Manifestations allergiques naso-pharyngées ou Syphilis tertiaire.

JACQUELIN (André). — Directives en pratique médicale, terrains et tendances morbides. Masson, 1935.

JOLTRAIN (Ed.), MORAT (D.) et DELHERNE (L.). — Influence des champs électro-magnétiques sur l'équilibre humoral; in *Presse Médicale*, 6 mai 1936.

KLOTZ-GUÉRARD (J.). — Thérapeutique par la voie nasale. La Centrothérapie. *Les Presses univ. de France*, Paris 1930.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Introduction à l'étude des relations du sympathique et des climats.

— Introduction à la Sympathologie clinique; in *Monde Médical*, 1^{er} juin 1937.

LERICHE (René). — De la vie végétative des nerfs périphériques d'après l'observation chirurgicale; in *Presse Médicale*, 17 juin 1941.

LHERMITTE (Jean). — Thérapeutique des troubles d'ori-

- gine sympathique; in *Monde Médical*, 1^{er}-15 juin 1937.
- LUMIÈRE (Auguste). — La Théorie colloïde de la vie et de la maladie. Sézane, Lyon 1925.
- MALHERBE (A.). — A propos de deux cas d'instabilité neurosympathique et de déséquilibre glandulaire; in *Bulletin Médical*, 1^{er} novembre 1942.
- MALLET (Raymond). — La douleur au point de vue psychiatrique; in *Presse Médicale*, 18 nov. 1935.
- MEYER (E.). — Le Prurit, étude physiopathologique. *Thèse de Montpellier*, 1930.
- MISSENARD (André). — L'Homme et le Climat. Les petits-fils de Plon et Nourrit, Paris 1937.
- MOURIQUAND (Georges). — Répercussions médicales liées aux variations météorologiques; in *Presse Médicale*, 25 juillet 1934.
- et JOSSERAND (P.). — Syndromes météoro-pathologiques et inadaptés urbains. Masson, 1935.
- NOIR (J.). — Aperçu général de Sympathologie clinique; in *Concours Médical*, 6 juillet 1930.
- PETIT-DUTAILLIS (D.) et SCHMITE (P.). — La Névralgie du glosso-pharyngien et son traitement.
- RAVINA (A.). — La météoropathologie, influence des saisons, du froid et du manque de lumière sur l'organisme; in *Presse Médicale*, 17 mai 1935.
- REGNAULT (Jules). — Les Réflexes chez l'homme. Rapport à la séance solennelle de la Société de Pathologie comparée. *Rev. de Path. comparée*, 1933.
- RIDDOCH (George) et CRITCHLEY (Macdonald). — La Physiopathologie de la douleur d'origine centrale; in *Presse Médicale*, 1^{er} décembre 1937.
- SIGWALD (J.). — Hypophyse-Thyroïde-Parathyroïde-Glandes génitales-Surrénales-Hormones et régulation

hormonale; in *Gazette Médicale de France*, 15 octobre 1937.

TCHIJEWski (Al.). — Essai sur l'influence de l'aéroionisation sur les êtres vivants. *La Côte-d'Azur médicale*, juin 1934.

TZANCK (Arnault). — Immunité. Intolérance. Anaphylaxie. Doctrine biologique et médecine expérimentale. Masson, 1932.

VALLÉRY-RADOT (P.), HAMBURGER (J.) et BLAMOUTIER (P.). — Les Migraines, étude pathogénique, clinique et thérapeutique. Masson, 1935.

WEISSENBACh (R.-J.) et FRANÇON (F.). — Cause et traitement du rhumatisme chronique, 1928.

— — Hygiène des goutteux et des rhumatisants, 1932.

WORINGER (Pierre). — Les influences saisonnières sur les maladies; in *Presse médicale*, 25 juillet 1934.¹

